**様式第１号**（第４条関係）

年　　月　　日

大紀町長　　様

申請者　　住　所

（保護者）　氏　名　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

大紀町予防接種費助成金交付申請書兼請求書

大紀町予防接種費助成金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者名及び申請者との続柄 | 　　　　続柄（　　） | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　歳） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種年月日 | 接種を受けた予防接種名 | 接種金額 | ※助成金額 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| ※助　成　金　額 | 円 | 円 |

* 助成金額はこちらで記入しますので、記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 口座番号 | （フリガナ）口座名義人 |
| 銀行金庫農協 | 本店支店出張所 | 種　別 |  |  |
| 当　座普　通 |  |

* 口座名義人は、被接種者名又は保護者名と同一でお願いします。
* 関係書類：予防接種領収書（被接種者名・接種年月日・予防接種名が記名されたもの）